Spett.le PoliS-Lombardia

Via Taramelli 12/F

20124 - Milano

Data

*Oggetto: ritiro documentazione presentata per il riconoscimento del titolo di studio di Infermiere/Ostetrica/Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*

Il/La sottoscritto/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede la restituzione di tutti i documenti presentati nell’anno \_\_\_\_\_\_\_ ai fini della propria domanda di riconoscimento, sollevando l’Istituto da ogni responsabilità in proposito e nulla le è più dovuto.

Chiede che la documentazione venga inviata tramite raccomandata a/r al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

documento identità